

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919-1920. — N° 182

DES HÉMORRAGIES OMBILICALES DU NOUVEAU-NÉ

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 Avril 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Yves LE CARS

né à Garlan (Finistère) le 16 Juin 1891
(Elève à l'Ecole du Service de Santé Militaire)



LYON

IMPRIMERIE GAUTIER & LAFORET

37, RUE BÉCHEVELIN, 37

—
Avril 1920

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919-1920. — N° 182

DES HÉMORRAGIES OMBILICALES DU NOUVEAU-NÉ

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 Avril 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Yves LE CARS

né à Garlan (Finistère) le 16 Juin 1891
(Elève à l'Ecole du Service de Santé Militaire)



LYON

IMPRIMERIE GAUTIER & LAFORET

37, RUE BÉCHEVELIN, 37

—
Avril 1920

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. HUGOUNENQ..... DOYEN.
J. LEPINE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT, TESTUT, POLLOSSON (M.).

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. TEISSIER
	ROQUE
	BARD
	TIXIER
	BERARD
	FABRE
	ROLLET
	NICOLAS
	LEPINE (J.)
	WEILL
	POLLOSSON (A.)
	CLUZET
	HUGOUNENQ
	MOREL
	MOREAU
	GUIART
	LATARJET
	POLICARD
	DOYON
	COLLET
	MOURIQUAND
	PIAVOT
	X..
	ARLOING (F.)
	Etienne MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutiques de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.....	NOVE-TOSSERAND,	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Embryologie	X...	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—
Botanique.....	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD,	—
Clinique infantile	X....,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X....,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	BRETIN	SAVY	BONNAMOUR,
COMMANDEUR	LERICHE	FROMENT	chargés des fonctions
NEVEU-LEMAIRE	THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT id.
LAROYENNE	TAVERNIER	PIERY	FAVRE id.
VORON	CADE	COTTE	GRAVIER id.
NOGIER	GUILLEMARD	DUROUX	ROUBIER id.
	GARIN		

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. FABRE, *Président*; M. COMMANDEUR, *Assesseur*;
M. VORON, *Prof. agrégé*; et M. TAVERNIER, *Prof. agrégé*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA FEMME

Dont le parfait amour me fut
le meilleur stimulant de travail
au sortir des années terribles.

A MA MÈRE

En témoignage d'une affection
profonde et d'une reconnaissance
infinie.

A MON FRÈRE

QUI FUT TOUJOURS MON MEILLEUR AMI

A MES

CAMARADES MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FABRE

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR RHENTER

Chef de Clinique Obstétricale

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

ET DE

L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion au cours de notre stage à la Clinique obstétricale de l'Université de Lyon d'observer un cas d'hémorragie ombilicale du nouveau-né, survenu tardivement et suivi de mort. Nous avons demandé à Monsieur le Professeur Fabre de nous autoriser à chercher les observations du même genre qui pouvaient exister dans ses archives depuis 1904 : nous n'avons pu retrouver que quatre cas d'hémorragies ombilicales, survenus d'ailleurs dans des conditions différentes. C'est à l'étude de ces cas que nous consacrons notre travail inaugural.

Nous tenons à exprimer toute notre reconnaissance à Monsieur le Professeur Fabre qui a bien voulu nous confier cette étude et accepter la présidence de notre Jury de thèse. Nos remerciements iront également à Monsieur le Docteur Renther, chef de clinique obstétricale qui nous a confié l'observation recueillie dans le service, alors qu'il y suppléait Monsieur le Professeur Fabre, et qui nous a dirigé dans nos recherches.

CHAPITRE PREMIER

Etat de la Question

FRÉQUENCE. — Les chiffres relatifs à la fréquence des hémorragies ombilicales varient suivant les auteurs : Ribemont-Dessaignes dans sa thèse d'agrégation donne au point de vue statistique le chiffre de 1 sur 5.000 nouveaux-nés, Fürth arrivant au chiffre plus important de 13 pour 5.000 ; quoiqu'il en soit, il semble que ce soit là une complication rare des premiers jours de la vie du nouveau-né. Cependant, parmi les hémorragies dont peut être atteint le nouveau-né, elle tiendrait une place relativement importante ; la statistique d'Epstein à Prague signale 31 hémorragies ombilicales sur 66 cas d'hémorragies survenus chez le nouveau-né.

DATE D'APPARITION. — D'après Ribemont la plupart des hémorragies surviendraient avant le 9^e jour ; le chiffre de celles plus tardives, survenant à partir du 15^e jour atteindrait seulement 7 % de l'ensemble.

Grandidier aurait recueilli 136 observations d'après lesquelles l'hémorragie serait survenue dans 30 cas avant la chute du cordon, dans 25 au moment de cette chute et dans 26 après elle. Jacquelin dans un travail très récent paru dans la Revue française de gynécologie et d'obstétrique de décembre 1919 donne pour les omphalorragies graves, les chiffres de 55 % pour les hé-

morragies survenant après la chute de l'eschare, de 16 % pour celles survenant au moment de la chute, 28 % la précédant.

Cette date d'apparition de l'hémorragie doit conduire à une distinction importante au point de vue étiologique, entre les hémorragies ombilicales précoces survenant dans les premiers jours qui suivent la ligature, avant en tous cas la chute du cordon, et celles plus tardives qui apparaissent ultérieurement.

C'est cette distinction que nous établirons en étudiant maintenant les conditions étiologiques dans lesquelles survient cet accident.

ETIOLOGIE DES HÉMORRAGIES PRÉCOCES. — La première cause possible d'une hémorragie ombilicale précoce consiste évidemment dans *l'insuffisance de la ligature* pratiquée sur le cordon ; sans doute, certains auteurs disent bien avec Velpeau que, ni ligature, ni même aucune manœuvre d'attrition du cordon ne sont rigoureusement nécessaires ; mais il n'en est pas moins vrai que, pour peu que soit troublée l'équilibre circulatoire, ainsi que nous le verrons, la ligature insuffisante et à fortiori l'absence de ligature peuvent être la cause d'une hémorragie mortelle.

Von Winckel rapporte l'histoire d'une sage-femme condamnée pour n'avoir pas vérifié la ligature pratiquée par une matrone sur le cordon d'un enfant, à l'accouchement duquel elle n'avait pas assisté étant arrivée trop tard. Schultze ne conseille-t-il pas de faire la ligature, même sur les morts-nés, même sur les macérés, pour éviter une interprétation erronée de la mort des enfants, tant il est vrai que la ligature et la

ligature bien faite s'impose sans discussion ?

Il faut que la ligature soit bien faite, qu'elle assure l'étanchéité du cordon, mais il ne faut pas que l'exagération de la striction conduise à la rupture. Au temps où les anciens accoucheurs recouraient au « fil ciré » cet accident était paraît-il assez fréquent.

Dans d'autres cas plus rares il y a, au moment de l'accouchement, véritablement *rupture du cordon* par arrachement plus ou moins voisin de l'insertion ombilicale.

Il y a lieu enfin d'insister sur l'apparition possible d'hémorragies précoces du fait des *troubles circulatoires* qui, augmentant la tension sanguine dans les vaisseaux du cordon, rendent insuffisante une ligature qui dans des conditions normales aurait assuré une imperméabilité satisfaisante. Velpeau, qui ne considérerait pas la ligature du cordon comme indispensable en soi, la conseillait en raison de l'hémorragie qui pouvait survenir à la suite des troubles respiratoires retentissant sur la circulation. Les auteurs insistent sur cette étiologie : Dans sa thèse, Leriget rappelle les inconvénients à ce point de vue du maillottage trop serré, dont la conséquence serait une gêne respiratoire suivie d'élévation de la pression sanguine et du refoulement du sang à travers les veines ombilicales, même les artères, par une sorte de regorgement.

Certaines *anomalies* enfin pourraient parfois expliquer les hémorragies ombilicales précoces : telles, les malformations du cœur gauche agissant par augmentation de la tension ; tels les cas signalés par Ribemont, où l'artère ombilicale se brancherait directement sur

l'aorte, où les deux artères ombilicales et la veine se réuniraient en un seul réceptacle.

ETIOLOGIE DES HÉMORRAGIES SECONDAIRES — Une certaine incertitude règne sur les causes précises des hémorragies secondaires, et trop nombreuses sont les causes pathologiques invoquées pour que l'on ne soit pas frappé du manque de corrélation qui existe entre leur fréquence et la rareté des hémorragies ombilicales. Faut-il d'abord accorder, avec certains auteurs, une valeur étiologique à la *prématuration* ? Les faits manquent pour répondre positivement et peut-être; ainsi que le fait remarquer Jacquelin, est-on surtout frappé par le fait que chez le prématuré débile, l'omphalorrhagie prend une gravité exceptionnelle.

Les *accouchements laborieux*, les accouchements par forceps ou version ont-ils eux aussi une influence ? Peut-être, mais il s'agirait plutôt d'hémorragies précoces dues à un établissement défectueux de la respiration. En réalité, c'est surtout dans une *altération de l'état général* du fœtus qu'il semble falloir chercher la cause la plus habituelle des hémorragies, et l'on a à ce propos invoqué surtout la syphilis, l'hémophilie, les intoxications et les infections.

Nous n'avons pas trouvé de publication spéciale relative à la *syphilis* comme cause des hémorragies ombilicales. On admet cependant sa relative fréquence dans les antécédents maternels ou paternels du nouveau-né, soit qu'on la retrouve avec certitude, soit seulement avec probabilité par exemple chez des femmes ayant eu des fausses couches à répétition. Jacquelin émet qu'en dehors d'une action directe sur le pro-

cessus hémorragique, elle pourrait agir en préparant en quelque sorte les voies à des microbes d'infection banale.

L'hémophilie mérite de fixer l'attention. Lérneré dans sa thèse rapporte que sur 185 familles hémophiles ayant fourni 576 enfants, l'hémophilie ne fut constatée que sur 12 enfants. L'hémophilie héréditaire n'est donc pas très fréquente et l'auteur ne nous dit pas si quelqu'un de ces 12 enfants présenta une hémorragie ombilicale. Néanmoins c'est un facteur dont il faut évidemment tenir compte ; Lequeux veut voir un rapport entre l'étiologie hémophilique et la fréquence plus grande, le double, chez les garçons que chez les filles. On sait en effet que l'hémophilie atteint avec prédilection le sexe masculin.

On a signalé aussi l'influence possible des diverses *intoxications* pouvant frapper le fœtus par voie transplacentaire. L'albuminurie et l'éclampsie, le saturnisme, l'alcoolisme rentreraient dans ce cadre étiologique.

Les *maladies infectieuses* qu'elles soient ou non à point de départ ombilical sont signalées par la plupart des auteurs qui ont traité la question ; qu'ils invoquent des lésions des vaisseaux du cordon, phlébites ou artérites ombilicales, ou qu'ils y voient la conséquence de la pullulation des microbes dans le sang fœtal. Selon Lequeux il n'y a pas de microbe spécifique des hémorragies ombilicales, mais on peut constater la présence du streptocoque, du bacille pyocyanique, du staphylocoque, du colibacille. Ceux-ci ont été retrouvés dans le sang de nouveaux-nés morts d'hémor-

ragie, et pourraient être d'origine soit maternelle, soit ombilicale, soit intestinale. Scanzoni insiste sur des cas d'hémorragies ombilicales survenus au cours d'épidémies de fièvre puerpérale.

Nous en arrivons ainsi à une conception de l'étiologie des hémorragies ombilicales qui consisterait essentiellement dans des modifications de la coagulabilité du sang fœtal. Dans ce cadre étiologique rentreraient les hémorragies ombilicales qui paraissent bien les plus fréquentes, nous voulons dire :

1° Les hémorragies consécutives à une modification en quelque sorte primitive de la constitution du sang fœtal, il s'agirait alors des hémorragies par hémophilie.

2° Les hémorragies consécutives aux modifications secondairement subies par le sang fœtal du fait soit d'une intoxication soit d'une maladie infectieuse. Une mention spéciale doit être faite relativement aux hémorragies survenant chez les nouveaux-nés atteints d'ictère. Moulonguet (Amiens 1893) établit à ce propos un rapport entre les hémorragies et l'ictère du nouveau-né. Il insiste sur cette notion que l'ictère peut être lui-même la conséquence d'une ligature trop précoce du cordon ombilical et signale qu'il n'a plus observé, dans sa pratique, d'ictère ni d'accident hémorragique consécutif depuis qu'il attend 10 à 15 minutes avant de pratiquer la ligature, la retardant en tous cas jusqu'au moment où les battements funiculaires ont complètement disparu. Grandidier signale que sur 220 cas d'hémorragies observés chez le nouveau-né, l'ictère fut constaté chez 84 et que dans la moitié de

ces 84 cas il précédait l'apparition de l'hémorragie.

Il semble bien, et c'est là l'opinion de M. le Professeur Fabre, que ce soit dans ces modifications de la coagulabilité sanguine qu'il faille chercher la cause la plus rationnelle des hémorragies ombilicales survenant plus ou moins tardivement chez le nouveau-né. Particulièrement intéressantes sont à ce point de vue les observations où coïncident avec l'hémorragie ombilicale, les hémorragies diverses : Melæna, hématomèse, pétéchies, etc..., le sang présente en effet un aspect spécial en pareil cas, plus foncé au début, puis rapidement assez clair sa fluidité ne tarde pas à être anormale, l'hématologie la montre plus riche que normalement en éléments figurés et les observations de Lequeux portant sur l'étude de sa coagulation montrent un retard appréciable à cette coagulation.

SYMPTOMES CLINIQUES. — Au point de vue clinique nous n'insisterons pas sur les hémorragies consécutives à une rupture du cordon dont on s'aperçoit immédiatement et contre lesquelles on agit en quelque sorte extemporanément. Mais d'une façon générale les hémorragies ombilicales, qu'elles soient primitives ou secondaires, peuvent se présenter dans des conditions sensiblement identiques : tantôt il s'agit d'hémorragies survenant à l'occasion d'un faible traumatisme, le change de l'enfant ou la réfection de son pansement ombilical, la personne qui y procède assiste alors à la naissance de l'hémorragie et des mesures immédiates peuvent être prises, susceptibles de modifier favorablement le pronostic.

Mais trop souvent la découverte de l'hémorragie cause une véritable surprise. C'est par hasard que l'enfant est trouvé dans son berceau pâle, d'une pâleur de cire, et en le démaillottant ses langes sont trouvés imbibés de sang rouge ; parfois la simple opération du démaillottage est suivie de l'arrêt spontané de l'hémorragie : il s'agit des cas où le maillot trop serré modifie, ainsi que nous l'avons vu, l'équilibre respiratoire, et si l'on a découvert à temps l'hémorragie l'enfant est sauvé. Des cas sont cependant signalés où des nouveaux-nés surveillés d'une façon insuffisante furent pour cette raison trouvés morts dans leurs berceaux.

Nous nous trouvons en présence dans d'autres circonstances : d'une part d'hémorragies par ligature insuffisante, dont la thérapeutique serait facile à appliquer et donnerait d'heureux résultats si elle aussi était pratiquée à temps, et, d'autre part d'hémorragies tardives. L'aspect clinique immédiat sera identique, mais la trop fréquente caractéristique de ces dernières consistera dans leur répétition et dans l'échec de la plupart des méthodes thérapeutiques. Ces hémorragies tardives sont donc des hémorragies insidieuses, essentiellement rebelles au traitement et récidivant avec une fréquence désespérante alors que l'on croit s'en être enfin rendu maître. L'enfant, dont la pâleur va jusqu'à la décoloration complète, présente des abaissements de température jusqu'à 35, 34, et souvent s'installe concomitamment un véritable syndrome hémorragique : le nouveau-né présente du melæna, des hématémèses, des ecchymoses sous-cutanées ou sous-muqueuses et

la mort ne tarde pas à survenir.

PRONOSTIC. — En somme dans les hémorragies précoces le pronostic peut être considéré comme fonction de la surveillance exercée et partant de la thérapeutique rapidement et sagement appliquée. Dans les hémorragies tardives il doit être considéré à priori comme très sombre, la thérapeutique étant trop souvent impuissante.

TRAITEMENT. — Nombreuses sont on le devine les méthodes essayées pour agir contre les hémorragies ombilicales. Nous serons brefs sur les méthodes indiquées pour s'opposer aux hémorragies ombilicales précoces dues aux défauts de ligature ou aux ruptures du cordon. Au point de vue prophylactique il s'agit d'éviter l'hémorragie immédiate par défaut de ligature et l'hémorragie précoce due à l'infection locale ; On fera une ligature suffisamment serrée sans l'être trop avec un fil résistant mais non coupant ; le pansement à l'alcool préconisé par M. le Professeur Fabre réalise contre l'infection les conditions idéales.

En cas d'hémorragie due à un défaut de ligature il y aurait lieu d'en pratiquer une seconde au-dessous de la première ; la méthode suffit s'il ne s'agit vraiment que d'un accident dû à une cause locale.

Il n'en est malheureusement pas de même quand il s'agit des hémorragies tardives traduisant le plus souvent un état particulier du sang fœtal ; nous avons vu que la caractéristique de ces hémorragies était précisément leur désespérante tendance à la récurrence, malgré tous les procédés mis en usage.

Dans un article publié en 1901, M. Commandeur a

passé en revue ces multiples procédés.

« On voit tour à tour utiliser les hémostatiques locaux, les astringents seuls ou associés à la compression : l'obturation au collodion ou au plâtre, à la cire coulée dans l'ombilic, on a eu recours à la cautérisation potentielle ou ignée, à la ligature du tubercule ombilical et, enfin, comme dernière ressource, à la ligature en masse préconisée par Depaul. Tous ces moyens se sont montrés souvent inefficaces et n'ont pu empêcher, dans bien des cas, le dénouement fatal. Aussi a-t-on songé à aller lier directement le ou les vaisseaux qui saignent, et à faire par conséquent, une véritable ligature sanglante, une ligature chirurgicale. Dans ce but divers moyens ont été conseillés. Pont, Radfort, Richard ont proposé de faire une incision sur le trajet du vaisseau qui fournit le sang et d'en pratiquer la ligature.

« Radfort voulait qu'on découvrit et liât la veine qu'il croyait seule source de l'hémorragie. Pont et Richard recommandaient au contraire, qu'on liât les artères. Büchner a conseillé la torsion de ces vaisseaux. Enfin, Sippel dans un cas désespéré, a proposé, en 1892, de pratiquer la laparotomie pour aller lier la veine et les artères à distance de l'ombilic. Ces diverses opérations sanglantes, bien que nettement proposées par ces auteurs, n'ont jamais été pratiquées; du moins je n'en ai trouvé nulle trace dans la littérature médicale ».

Monsieur Commandeur rapporte un cas personnel où il pratiqua cette ligature par une méthode sous-péritonéale qui lui permit de lier séparément la veine

d'une part, les deux artères d'autre part.

La notion des rapports entre les omphalorrhagies et l'état général du fœtus justifie d'autre part le recours à un traitement général, traitement spécifique si on soupçonne la syphilis, injection sous-cutanée de sérum gélatiné (on a conseillé 20 cc. par jour associés à une partie égale de sérum artificiel). Certains auteurs américains avec Lewishon ont préconisé enfin l'injection de sang citraté (2 à 300 c.c.) soit dans les veines du bras, soit si les difficultés sont trop grandes, dans le sinus longitudinal supérieur. D'autres recourent à de petites injections de sang maternel, 5 à 10 c.c. injectés extemporanément dans la fesse du fœtus et répétées au nombre de 2 ou 3 en l'intervalle de deux heures. On a encore proposé la transfusion du sang et Lefèvre dans sa thèse rapporte quatre observations d'hémorragies de nouveaux-nés qui furent traités et guéries par ce procédé.

CHAPITRE II

OBSERVATION I.

Accouchement du 2 septembre 1910.

Madame G. née D. 27 ans, ménagère, entre à la clinique à 3 h. 35 du matin ayant des douleurs depuis la veille à 3 h. du soir. Troisième grossesse. Pas de spécificité.

La dilatation est complète ; la poche des eaux volumineuse apparaît à la vulve renfermant un petit membre que l'on croit être la main droite.

Le diagnostic de présentation et position est complété par la palpation. On sent un pôle à droite que l'on prend pour céphalique, et l'on croit être en présence d'une Dorso-postérieure, tête à droite.

Monsieur le chef de clinique fait le toucher, rompt la poche des eaux, il s'écoule un liquide boueux. Il reconnaît une Dorso-postérieure, tête à gauche. On constate que l'enfant fait des inspirations.

Monsieur le chef de clinique introduit la main droite, saisit le pied droit qui est très haut situé, l'abaisse jusque dans le vagin. L'évolution ne se fait pas facilement, une main abdominale refoule la tête pendant que des tractions assez fortes sont exercées sur le membre.

Ces difficultés semblent tenir à l'anneau de contraction assez épais et résistant, 4 ou 5 tractions assez énergiques achèvent la descente, le trochanter est fixé.

On a été obligé d'agir très rapidement parce que le cordon qui entourait le membre glisse spontanément lorsqu'on défait le cir-

culaire. Cette rupture donne lieu à un écoulement sanguin peu important.

Le trochanter étant donc fixé, le tronc est dégagé facilement le dos regardant légèrement à droite. On dégage les bras et l'on termine facilement par la manœuvre de Mauriceau.

ENFANT. — L'enfant naît un peu étonné. Etant en position déclive, il rejette une quantité de mucosités verdâtres.

On s'aperçoit au moment de pratiquer la manœuvre de Mauriceau que le cordon est rompu au ras de l'ombilic, et qu'il se produit un suintement sanguin assez important qui est arrêté à l'aide d'une pince hémostatique.

L'accouchement terminé on met l'enfant dans un bain à 40°, la respiration tend à se régulariser ; au bout de 4 minutes, circulation et respiration sont normales. On fait alors le pansement de l'ombilic et l'on remarque qu'il existe toujours une légère hémorragie. On met un point de suture sur la peau et on fait une ligature sur un point qui suinte toujours. On complète le pansement par l'alcool et le bandage.

Le 11 septembre la mère part avec son enfant. L'hémorragie ne s'est pas renouvelée.

En résumé il s'agit d'un enfant chez lequel au cours d'une version difficile pour présentation de l'épaule, le cordon ombilical se rompit au ras de l'ombilic. L'hémorragie arrêtée primitivement par une pince hémostatique céda ultérieurement à une ligature complétée d'un point de suture.

Cette observation rentre donc dans le cadre des observations d'hémorragies immédiates par rupture du cordon au cours d'une intervention obstétricale. Il s'agit là on le voit d'un simple accident auquel la thérapeutique

appropriée apporta un secours immédiat et permit la survie de l'enfant.

OBSERVATION II.

Accouchement du 16 Janvier 1908.

V. Antoinette, 23 ans, femme de chambre.

A. H. — Père mort à 42 ans d'affection inconnue de la malade. Mère morte en couches, en donnant naissance à un enfant qui mourut de suite.

A. P. — Elevée au biberon par sa grand mère. Elle ne sait pas à quel âge elle a fait ses premiers pas. Aucune maladie dans l'enfance. A cinq ans elle a eu une adénite suppurée double, dans les deux régions sus-hyoïdienne, laissant des petites cicatrices opératoires.

Elle a été réglée à 15 ans d'une façon régulière. A 16 ans elle a fait un séjour de 6 mois à l'hôpital de St.-Etienne pour de l'anémie ; elle ne toussait pas et n'a jamais eu d'hémoptysie. Elle a eu des pertes blanches.

Grossesse. — C'est une primipare. Les dernières règles remontent au 30 mars 1907. Pendant les quatres premiers mois de la grossesse, elle a eu des vomissements, et aurait été sujette aux maux de tête pendant les six premiers mois. A peu près à la même époque, elle aurait eu une chute abondante des cheveux. Enfin, vers le cinquième mois, elle dit avoir eu une éruption de petits boutons qui disparurent spontanément au bout de quelques jours. Actuellement on constate chez elle, des deux côtés l'existence d'un ganglion sus-épitrochléen très net. A la nuque on a aussi une petite chaîne ganglionnaire assez nette.

Accouchement. — Présentation en O I G A. A 7. h. 50 les battements cardiaques du fœtus deviennent de plus en plus sourds et

irréguliers. En présence de la mort imminente de l'enfant Monsieur le Professeur Fabre ordonne le forceps immédiatement.

La malade anesthésiée est placée sur la table d'opération. On n'entend plus les bruits du cœur du fœtus. Monsieur l'Interne intervient par une application de forceps avec les lacs. L'accouchement est très laborieux. Il n'y a ni circulaire, ni écharpe.

A ce moment il y a une hémorragie de la mère. Le sang coule abondamment. On place une pince sur le cordon et on arrête l'hémorragie par compression de l'aorte. On termine par la délivrance manuelle.

Le placenta pèse 700 grammes.

ENFANT. — A la sortie, l'enfant est violacé; il n'existe ni battement funiculaire, ni battement cardiaque. On met l'enfant en position déclive, on aperçoit un frémissement cardiaque qui s'accélère; on le maintient dans cette position pendant 3 minutes, les battements du cordon apparaissent, le cœur bat plus régulièrement.

On remarque que le cordon est extrêmement volumineux, du volume de deux doigts au moins. La ligature a été pratiquée au moyen du nœud habituel.

Le lendemain matin on remarque que l'enfant est extrêmement pâle. Après l'avoir déshabillé, on constate qu'il s'est produit une hémorragie par le cordon, hémorragie qui a complètement imbibé le pansement du cordon.

La ligature est refaite et l'hémorragie est ainsi arrêtée. On donne à l'enfant des lavements de sérum artificiel. Sa température est de 39°. Dans le courant de la journée apparaît une épistaxis peu abondante et qui s'arrête spontanément.

Le jour suivant, 18 Janvier au matin, on constate qu'il existe une ecchymose assez nette au point du frontal où a appuyé une

des cuillers du forceps, la prise ayant été mastoïdo-frontale. En outre, à l'examen de la bouche, sur le milieu de la voute palatine on remarque la présence d'une sorte d'ecchymose ou, peut être mieux, d'ulcération des dimensions d'une pièce de 10 sous.

L'enfant est mis aux frictions mercurielles. Le troisième jour après la naissance, pendant la nuit, l'enfant a plusieurs vomissements d'un liquide brun noirâtre. Puis, un liquide de même aspect est ensuite expulsé par l'anus. Il s'agit d'hématémèse et de melæna. On administre à l'enfant de la gélatine stérilisée.

Le jour suivant, l'enfant semble d'abord se remonter un peu, puis meurt dans la soirée. Aucune autre localisation hémorragique n'a été observée.

Du côté de la mère on ne trouve, pour expliquer les phénomènes observés chez son enfant, que des stigmates assez nets de spécificité.

Autopsie de l'enfant. — Les poumons présentent à leurs deux bases une zone d'hépatisation ne crépitant pas ; à la coupe le tissu est charnu, mais ne laisse pas s'écouler de sang ; il ne semble pas non plus s'agir d'infarctus.

Le cœur est normal. La rate est petite. Le foie ne présente aucune ecchymose, ni aucune suffusion sanguine à son intérieur.

A la coupe de l'estomac, du duodénum et de l'intestin on ne trouve, pour ainsi dire, pas de liquide, mais seulement quelques muccosités non colorées. En aucun point on ne trouve d'ulcération de la muqueuse ; mais sur l'intestin grêle on remarque de nombreuses plaques bleuâtres ; à ce niveau il n'existe aucune modification microscopique des tuniques.

Le sang pris par ponction cardiaque immédiatement après la mort et ensemencé sur agar est resté stérile.

En résumé il s'agit d'un enfant qui à la suite d'un

accouchement difficile au forceps présenta au deuxième jour une hémorragie qui imposa une seconde ligature sur un cordon épais ; il succomba au quatrième jour après avoir présenté des hémorragies multiples (épistaxis, hématomèse, melæna, ecchymose palatine).

Nous retiendrons de cette observation les caractéristiques suivantes :

1° Au point de vue étiologique on peut faire intervenir dans la pathogénie de l'omphalorrhagie plusieurs facteurs, savoir : les difficultés de l'accouchement, puisqu'il s'agit d'une extraction au forceps. — l'insuffisance relative de la ligature sur un cordon épais, — des modifications probables de la crase sanguine, puisque l'enfant finit par succomber à des hémorragies multiples.

2° La date d'apparition de l'hémorragie ombilicale étant survenue au deuxième jour, ce qui permet de la considérer comme intermédiaire en quelque sorte aux hémorragies immédiates et aux hémorragies tardives. Ce fait peut d'ailleurs s'expliquer par la complexité même des facteurs étiologiques.

3° Le syndrome clinique enfin coexistant dans l'apparition première de l'omphalorrhagie, puis secondairement des hémorragies viscérales.

Cette observation rentre par ce côté dans le cadre des observations d'hémorragies ombilicales liées à une altération de l'état général du fœtus, avec modification probable de la composition du sang.

OBSERVATION III

Accouchement du 23 février 1907.

B. Antoinette, née D..., âgée de 28 ans.

A. H. — Père mort d'une fluxion de poitrine, mère bien portante.

A. P. — La parturiente a été mise en nourrice et élevée au sein. A l'âge de 4 ans on note une coxalgie du côté gauche, traitée par des pointes de feu et des silicates pendant 3 ans $1/2$. La malade s'est servie d'un appareil de marche de 7 ans $1/2$ à 9 ans $1/2$. On note encore dans les antécédents la rougeole, la variole et la scarlatine, de 5 à 10 ans. Au début de l'hiver (1906-07), la malade commence à tousser et tousse encore depuis ce moment.

Les premières règles ont eu lieu à 13 ans; elles ne reprennent qu'un an après, à 14 ans. Depuis elles sont régulières.

L'examen général montre une femme assez forte, elle présente un raccourcissement de 2 cm. à la jambe gauche. Rien au cœur. Au sommet du poumon droit, en arrière, il existe une expiration prolongée et soufflante.

La malade entre à la clinique le 21 février. Il s'agit d'une première grossesse. Les dernières règles datent du 17 mai 1906. Rien à noter dans le courant de la grossesse.

Les douleurs sont fortes et régulières pendant le travail. On administre 1 gr. de chloral à deux reprises.

Le 23 février à 11 heures, les douleurs deviennent expulsives. Les battements fœtaux sont à 148, bien frappés.

A 11 h. 45 le cuir chevelu apparaît; après chaque contraction la tête disparaît complètement. Au bout de quelques mouvements d'oscillations, les battements cardiaques du fœtus deviennent très lents et faibles mais ils se relèvent dans l'intervalle des poussées.

Vers minuit, les contractions utérines deviennent insuffisantes. L'enfant est en imminence de souffrance. On décide une application de forceps sous anesthésie. La tête est au détroit supérieur en

occipito-pubienne. L'accouchement se fait alors rapidement et le placenta est dans le vagin 45 minutes après la sortie de l'enfant, il pèse 360 grammes.

ENFANT. — L'enfant est une fille, un peu étonnée, mais vigoureuse, du poids de 2.500 grammes.

Le cordon présentait un circulaire en écharpe sur l'épaule droite ; c'est là probablement la cause de la souffrance.

L'enfant est mise dans une couveuse à 29°, sa température est de 36° 5. On la sort le 25 février de la couveuse.

Elle présente des selles vertes le 27.

Le 2 mars on remet l'enfant dans la couveuse ; la température monte à 37° le 3 mars, et le 4 les selles sont normales. On retire l'enfant le 6.

Le 7 mars, elle présente une hémorragie ombilicale, très abondante, elle est très affaiblie, très pâle, présentant une teinte jaune citron.

On essaie d'arrêter l'hémorragie par différents hémostatiques (Pingawhar, perchlorure de fer), le sang continue à couler. On suture la plaie saignante sans aucun effet. Vers minuit on applique profondément sur les vaisseaux ombilicaux, une pince à trois dents ; l'hémorragie s'arrête immédiatement.

Le lendemain 8 mars, on constate que la pince est tombée d'elle-même et que l'hémorragie ne s'est pas reproduite. L'enfant est sortie guérie.

En résumé, il s'agit d'une enfant extraite au forceps pour souffrance, du poids de 2.500 gr, qui au 12^e jour présentait une hémorragie ombilicale contre laquelle après essai infructueux de diverses méthodes on ne peut agir qu'en utilisant une pince à trois dents. L'enfant ne présentait aucun autre syndrome hémorragique ni aucun incident infectieux.

Cette observation mérite d'être retenue aux points de vue suivants :

1° Dans l'étiologie interviennent la prématuration puisqu'il s'agit d'une enfant de 2.500 gr., — la souffrance fœtale — et l'extraction au forceps.

2° L'hémorragie fut tardive, survenue au 12^e jour.

3° Cliniquement elle fut isolée, présentant par ailleurs le caractère rebelle des omphalorragies.

4° La guérison put cependant être obtenue par l'application faite en dernière ressource d'une pince à trois dents sur le moignon ombilical.

On peut admettre qu'il s'agit dans ce cas d'une hémorragie liée à une modification de faible importance de la crase sanguine : l'hémorragie ombilicale ne fut suivie d'aucune hémorragie viscérale et l'hémostase par un traitement local fut difficilement obtenue mais fut cependant définitive.

OBSERVATION IV.

Accouchement du 31 Août 1919.

Madeleine C..., femme B..., ménagère entre à la maternité le 31 août 1919.

Elle n'a pas d'antécédent spécifique. Les premières règles ont eu lieu à 13 ans. Les règles sont régulières depuis. Elle a eu une fausse couche à 4 mois en 1917. Elle a deux enfants vivants. La grossesse actuelle a été mal supportée. Les dernières règles sont du 1^{er} Janvier 1919.

Il n'y a pas de trace d'albumine dans les urines.

Accouchement. — Début des douleurs le 31 août à 8 h. 30. La rupture des membranes se fait à 13 h. 45. L'accouchement se

fait normalement et est terminé à 14 heures, la durée de l'expulsion n'ayant été que de cinq minutes.

La délivrance se fait immédiatement après l'accouchement avec une perte de sang infime. Le placenta est discoïde pesant 620 gr., sans altération. Les membranes sont complètes. Le liquide amniotique est clair. Le cordon mesure 60 cm. et ne présente ni circulaire, ni nœud.

ENFANT. — C'est une fille vigoureuse pesant 3.250 grammes.

Le cinquième jour (5 septembre 1919) l'enfant présente de l'ictère, elle a des crises nerveuses et on constate une grosse rate. On la met aux frictions mercurielles. Le poids descendu de 3.250 à 3.000 le 3^e jour est remonté à 3.080 au 5^e jour, pour retomber à 2.900 au 6^e et à 2.850 au 7^e.

Le 8^e jour (9 septembre) dans la nuit, l'enfant présente une hémorragie de l'ombilic. On essaie sans succès le pincement et l'on fait une suture en bourse. L'hémorragie s'arrête, mais quelques heures après elle se reproduit. On place alors (M. Rhenter) un petit clamp qui arrête de nouveau l'écoulement sanguin.

Le 10^e jour (11 septembre) le poids est tombé à 2.790, la température est de 37°6. On enlève la pince pour éviter le sphacèle; un suintement sanguin peu abondant se produit. On fait un pansement en saupoudrant de ferripyrine.

Le 11^e jour (12 septembre) le poids tombe à 2.700, la température est à 38°2. L'hémorragie ne s'est pas reproduite; on refait le pansement à la ferripyrine. L'enfant a pris 20 gr. de lait tiré à la mère; l'état général est sensiblement le même.

Le 13^e jour (14 septembre) la température descend à 36° et l'enfant meurt le 15, 14^e jour.

En résumé il s'agit dans cette observation d'une enfant de poids normal, mise au traitement mercuriel en raison d'une disproportion entre son poids et celui de

son placenta : au 5^e jour elle présenta de l'ictère, une hémorragie ombilicale à caractère incoercible au 8^e et mourut au 14^e, l'hémorragie ayant cessé le 11^e.

De cette observation paraissent devoir se dégager les faits suivants :

1^o Il s'agit vraisemblablement au point de vue étiologique d'une enfant suspecte de syphilis chez laquelle l'altération de l'état général se traduisit au 5^e jour par l'apparition d'un ictère.

2^o Cliniquement le premier symptôme fut l'ictère, puis trois jours après apparut — tardivement par conséquent — l'omphalorragie. Celle-ci fut incoercible et, bien que n'étant pas accompagnée d'autre hémorragie et qu'elle fut jugulée au 11^e jour, elle n'en fut pas moins suivie de la mort.

Cette observation apparaît donc comme liée elle aussi à une altération de l'état général, peut-être en corrélation avec la syphilis et dont les symptômes cliniques consistèrent dans l'ictère, puis l'omphalorragie mortelle.

CHAPITRE III

CRITIQUE GÉNÉRALE DES OBSERVATIONS

L'examen des quatre observations que nous venons de publier nous permet d'arriver aux opinions suivantes :

1° Ces quatre observations ont été recueillies dans les archives de la clinique obstétricale de Lyon qui renferment à l'heure actuelle les dossiers d'environ 18.000 accouchements : les omphalorrhagies sont donc une véritable rareté. En ce qui concerne les hémorragies immédiates le fait n'a rien qui doivent surprendre ; le soin minutieux apporté d'une part à la ligature du cordon, l'usage systématique du pansement à l'alcool permettent en effet d'éviter facilement et l'hémorragie immédiate et l'hémorragie secondaire à une infection ombilicale.

2° De nos quatre observations, une seule a trait à une rupture du cordon (observation I). C'est là un accident que l'on peut considérer comme tout à fait exceptionnel.

3° Les trois autres observations paraissent pouvoir rentrer dans le cadre des hémorragies par modification de la coagulabilité du sang fœtal. L'une d'elle (observation II) est particulièrement intéressante à ce point de vue, en ce sens qu'il y eut chez le nouveau-né un véritable processus hémorragipare, l'omphalorrhagie ayant été suivie d'hémorragies multiples, une autre, (observa-

tion IV) a été caractérisée par la préexistence d'un ictère.

4° Dans nos trois observations d'hémorragies d'origine discrasique nous retrouvons les caractères que les auteurs assignent aux hémorragies ombilicales : hémorragies constatées en quelque sorte par hasard. en changeant l'enfant et rebelles dans la plupart des cas à tous les traitements mis en usage, dans un cas cependant la guérison put être obtenue à l'aide d'une pince à forci-
pression.

CONCLUSIONS

I. — Les hémorragies ombilicales chez le nouveau-né, peuvent être précoces et considérées dans ce cas comme accidentelles (défaut de ligature, dessèchement du cordon par l'alcool avec coagulabilité du sang dans les vaisseaux, rupture du cordon) ou plus ou moins tardives.

II. — Les hémorragies accidentelles sont exceptionnelles : à la clinique obstétricale de Lyon, sur 18.000 accouchements, M. le Professeur Fabre a constaté un seul cas de rupture du cordon.

III. — Les hémorragies tardives sont très rares : sur 18.000 nouveaux-nés trois cas seulement ont été observés à la clinique obstétricale de Lyon.

IV. — La pathogénie paraît devoir en être cherchée dans une modification de la coagulabilité du sang d'origine congénitale, infectieuse ou toxique.

V. — Les hémorragies ombilicales tardives du nouveau-né sont graves, deux enfants sur trois sont morts. La caractéristique de l'omphalorrhagie consiste dans l'échec habituel de toutes les méthodes thérapeutiques.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
FABRE.

Vu :
LE DOYEN,
HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 15 avril 1920.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- RIBEMONT DESSAIGNES et LEPAGE. - Précis. d'obstétrique 1904
- BUDIN et DEMELIN. - Manuel d'accouchement et d'allaitement 1904.
- VON VINCKEL. - Handbuch der Geburtshulfe 1905.
- ROCCAZ. - Journal de méd. de Bordeaux 1893.
- MOULONGUET. - Soc. de méd. et de chirurg. Bordeaux 1893.
- TAYLOR. - Bristol M. ch. J. 1893.
- CRAIG. - Méd. news. Phila. 1894.
- NANMACK. - Méd. Rev. N. Y. 1895.
- LÉMERÉ. - Thèse de Paris 1896.
- DEMELIN. - Rev. obst. int. Toulouse 1897.
- COMMANDEUR. - Provinces médic. Lyon 1901.
- CHARTIER. - Archives méd. des enfants Paris 1905.
- LEQUEUX. - Thèse de Paris 1906.
- LÉRIGET. - Thèse de Paris 1908.
- OELHECKER. - Mitt. a. d. Hamb. Staatskrankenanst 1909. -
- LEFÈVRE. - Thèse de Paris 1913.
- JACQUELIN. - Rev. française de gyn. et d'obst. décembre 1919.
-

